

Vânia de Souza Souza^IDina Czeresnia^{II}

Demandas e expectativas de usuários de centro de testagem e aconselhamento anti-HIV

Demands and expectations of users of HIV testing and counseling centers

RESUMO

OBJETIVO: Analisar características, demandas e expectativas de usuários de um centro de testagem e aconselhamento anti-HIV.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS: Pesquisa qualitativa realizada com 32 usuários de centro de testagem e aconselhamento do estado de Minas Gerais, de novembro de 2005 a março de 2006. Utilizou-se a técnica de entrevista aberta semi-estruturada e uma adaptação do método de análise de conteúdo, empregando-se a modalidade temática.

ANÁLISE DOS RESULTADOS: A falta de conhecimento do serviço, a dificuldade de se perceber vulnerável à infecção, as justificativas por não pertencer aos grupos de risco, o receio do constrangimento e de um atendimento precário surgiram como importantes limitações de acesso aos centros de testagem e aconselhamento.

CONCLUSÕES: No discurso dos usuários, foi identificado um paradoxo entre o aspecto participativo na superação da vulnerabilidade e a busca de soluções pragmáticas de exclusão do risco. Suas demandas sinalizaram estratégias que contenham: qualidade da informação prestada, acesso ao serviço e aos discursos de prevenção e promoção da saúde.

DESCRITORES: Síndrome de Imunodeficiência Adquirida, prevenção & controle. Soropositividade para HIV. Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde. Vulnerabilidade em Saúde. Pesquisa Qualitativa.

^I Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública. Escola de Enfermagem. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil

^{II} Departamento de Epidemiologia. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Correspondência | Correspondence:

Vânia de Souza Souza
Escola de Enfermagem - UFMG
Av. Alfredo Balena, 190 – Santa Efigênia
30130-100 Belo Horizonte, MG, Brasil
E-mail: vaniaksudza@yahoo.com.br

Recebido: 8/11/2008

Aprovado: 5/11/2009

ABSTRACT

OBJECTIVE: To analyze the characteristics, demands and expectations of users of an HIV testing and counseling center.

METHODOLOGICAL PROCEDURES: Qualitative research carried out with 32 users of a testing and counseling center in the state of Minas Gerais (southeastern Brazil), from November 2005 to March 2006. The open semi-structured interview technique was used, as well as an adaptation of the content analysis method. Thematic modality was employed.

ANALYSIS OF RESULTS: Lack of knowledge regarding the service, difficulty in perceiving oneself as vulnerable to infection, justifications of not belonging to risk groups, fear of embarrassment and of precarious care emerged as important limitations to the access to the testing and counseling center.

CONCLUSIONS: A paradox was identified in the users' discourse between the participative aspect in overcoming vulnerability and the search for pragmatic solutions for excluding risk. Their demands signaled strategies that should contain: high-quality information and access to the service and to prevention and health promotion discourses.

DESCRIPTORS: Acquired Immunodeficiency Syndrome, prevention & control. HIV Seropositivity. Health Services Needs and Demand. Health Vulnerability. Qualitative Research.

INTRODUÇÃO

Desde 1997, com a implantação do primeiro Centro de Testagem e Aconselhamento anti-HIV (CTA) no Brasil e a consolidação do aconselhamento como prática decisiva na prevenção das doenças sexualmente transmissíveis (DST), HIV e Aids, pesquisas sobre serviços de testagem têm indicado a relevância de sua capacidade informativa e de acolhimento aos usuários.^{7,8,14} Por outro lado, são indicadas falhas na comunicação e na forma de abordagem, considerada como um cumprimento de um protocolo para a entrega do resultado dos exames, limitada ao aspecto prescritivo e pouco definida quanto ao seu objetivo.¹⁷ Em diversos momentos a atitude de escuta foi substituída por uma abordagem meramente informativa,⁸ investigativa e normativa, resumindo-se à orientação quanto ao uso do preservativo.¹⁷

Para a equipe de aconselhadore, eventualmente formada por profissionais enfermeiros, psicólogos, médicos e assistentes sociais,^{1,13,14} os principais obstáculos encontrados na assistência aos usuários estão relacionados aos seguintes aspectos: tempo reduzido de atendimento, principalmente do aconselhamento pós-teste individual; local inadequado; falta de dinamismo no atendimento coletivo; dificuldade de estabelecimento de uma interação com o usuário; e despreparo dos profissionais em lidar com as questões subjetivas relativas à prevenção das DST/HIV/Aids.^{3,11,14}

O aconselhamento propõe uma prática que perpassa a atenção integral e a promoção da saúde, mediante intervenções pautadas na singularidade da visão de mundo dos sujeitos e nas experiências sociais compartilhadas.^{1,16} Sua eficácia depende de uma política de saúde que seja sensível ao contexto sociocultural e às questões de identidade sexual.¹¹ Além disso, as abordagens preventivas são direcionadas a temas pessoais e coletivos, como relações de gênero, preconceito e direitos civis, sendo impossíveis de serem normatizadas por orientações gerais.⁷

No CTA, as ações são desenvolvidas em duas etapas: aconselhamento pré e pós-teste, visando auxiliar o sujeito na avaliação e redução de sua vulnerabilidade às IST/HIV/Aids. Para tanto, é imprescindível o conhecimento das características dessa clientela, com vistas a uma resposta de maior afinidade às suas demandas e expectativas. Tais informações são também importantes para subsidiar estratégias que visem à coletividade.

Em pesquisa¹⁷ em que se investigaram os sentidos atribuídos pelos usuários ao aconselhamento pré e pós-teste, concluiu-se que determinadas limitações na concretização da proposta de aconselhamento resultam da dificuldade de interação do profissional com o usuário. Tal fato indica a existência de dificuldades também na resposta às demandas e expectativas da população atendida pelo serviço, bem como no

reconhecimento de sua diversidade e especificidade. Dando seqüência àquela investigação, o presente estudo teve por objetivo analisar as características, demandas, e expectativas de usuários de um centro de testagem e aconselhamento anti-HIV.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Estudo qualitativo, de natureza exploratória, com orientação analítico-descritiva, realizado em duas etapas: a primeira, desenvolvida no momento de chegada do usuário ao CTA, antecedendo o aconselhamento pré-teste; a segunda, desenvolvida ao término do aconselhamento pós-teste, foi realizada com os mesmos usuários anteriormente entrevistados.¹⁷ No presente artigo foram analisados os resultados da primeira etapa.

A pesquisa foi realizada entre novembro de 2005 e março de 2006 em um CTA localizado em área de fácil acesso, próximo à região central de um dos municípios com maior número de casos de Aids do estado de Minas Gerais.^{14,15} A escolha do local se deu pelo histórico do CTA, que registra o atendimento de aproximadamente 300 usuários por mês, com assistência diária e em dois turnos.

O CTA atende à demanda espontânea da população da região metropolitana e vizinhança, e à demanda decorrente de encaminhamentos de outras instituições de saúde, como bancos de sangue, instituições militares, empresariais, governamentais e não governamentais. O CTA oferece aconselhamento pré-teste coletivo, pós-teste individual e exames laboratoriais Elisa anti-HIV, hepatites B e C e o Venereal Disease Research Laboratory (VDRL), para detecção de infecção por sífilis.

O aconselhamento pré-teste dura entre 60 e 90 minutos. O aconselhamento pós-teste, com entrega do resultado do exame, leva aproximadamente 20 minutos. No período de realização da pesquisa, a equipe de aconselhadores era composta por seis psicólogos e dois enfermeiros.

Participaram do estudo 32 indivíduos, de ambos os sexos, maiores de 18 anos, com primeiro atendimento no CTA. Mulheres grávidas foram excluídas devido à possibilidade de a procura ao serviço estar exclusivamente relacionada aos exames de pré-natal. Foi selecionado apenas um entrevistado por turno, devido à inexistência de tempo para a realização de mais de uma entrevista antes do início do aconselhamento pré-teste. Sendo assim, a escolha se deu por conveniência, optando-se pelo primeiro a chegar ao serviço que atendesse aos critérios de inclusão e que estivesse de acordo em participar da pesquisa, que foi estendida até a saturação das informações.

As entrevistas foram gravadas e transcritas, na íntegra, por uma única pesquisadora, e os participantes, identificados por pseudônimo e idade.

Como parte do *corpus* referente ao momento de pré-aconselhamento, a entrevista aberta e semi-estruturada permitiu verificar o conhecimento prévio do usuário sobre o serviço e sua motivação para a procura ao CTA. Para isso, foram utilizadas as seguintes questões norteadoras: “como você chegou até esse serviço?”, “você já tinha ouvido falar dele anteriormente?”, “o que você sabe sobre ele?”, “o que espera desse serviço?” (referindo-se ao atendimento), “quais razões te levaram a procurar esse serviço?”.

Para sistematização do material, utilizou-se a modalidade temática² do método de análise de conteúdo, que contém as seguintes etapas: identificação de uma estrutura temática, aplicação da estrutura temática aos dados, identificação dos temas com os casos; mapeamento, e interpretação dos dados.

O uso do *software* NUDIS-T (N4),^a desenhado para o processamento de informações de base qualitativa, favoreceu o aprofundamento da análise ao possibilitar estratégias como: verificação de trechos comuns a duas categorias (*intersect*); demonstração de um tema que está dentro de determinado contexto (*if-insight*); cruzamento facilitado das informações com determinadas categorias.

As categorias analíticas utilizadas para sistematização dos relatos foram: auto-reconhecimento da condição de vulnerabilidade, desconhecimento da condição de vulnerabilidade, expectativas positivas e negativas, demanda restrita e demanda ampliada com relação ao atendimento/aconselhamento.

A pesquisa foi aprovada pelos comitês de ética em pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (parecer 101/05) e da Secretaria Municipal de Saúde (parecer 054/2006).

ANÁLISE DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os participantes mostraram desconhecimento prévio sobre a gratuidade e disponibilidade para a realização do conjunto de exames anti-HIV, de VDRL e de hepatites B e C nos CTA, como preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A descoberta desse serviço foi relacionada, assim como o estímulo para a busca de atendimento, aos encaminhamentos dos bancos de sangue ou pela sugestão de parceiros sexuais, parentes, amigos e vizinhos já atendidos no serviço:

“Olha, eu cheguei através de um namorado meu, entendeu? (...) Ele falou assim: ‘Olha, vai, é um exame

^a NUD*IS-T(N4) [software em CD-ROM]. Melbourne: QSR International Pty; 1997.

bom. Você tá precisando de fazer, pra saber se tá tudo em dia com você’.” (Gabriel, 24 anos)

Assim como em outros estudos,^{7,13} foi constatado que os principais meios de divulgação do serviço são constituídos pela rede de amigos e pelos bancos de sangue. Profissionais da área afirmam que a divulgação dessa assistência é fundamentalmente realizada pelas pessoas que já utilizam o serviço.^{7,13} No entanto, a propaganda popularmente conhecida como “boca a boca” é lenta e limitada a grupos específicos, podendo permanecer restrita às pessoas que já têm por costume freqüentar serviços públicos de saúde. As falas revelaram, também, uma pequena participação da mídia na divulgação do serviço.

Identificou-se que, mesmo nas situações de relação sexual desprotegida, com parceiro fixo ou eventuais, os usuários procuraram o CTA por outras razões. Uma das justificativas apresentadas foi a obtenção de resultado positivo para o HIV, pelo método Elisa, após doação em banco de sangue pelo entrevistado ou seu parceiro:

“Eu num viria, com certeza, e falo a verdade. Eu vim mais por causa desse problema do Elisa positivo da minha mulher.” (Sandro, 65 anos)

Outras razões pela procura ao serviço foram relacionadas à recusa do entrevistado como doador em banco de sangue, à pressão exercida pelo companheiro, por motivo de casamento ou de gravidez da companheira.

Somente os casos de contato sexual desprotegido com multiplicidade de parceiros ou de desconfiança quanto à infidelidade do companheiro foram compreendidos como vulnerabilidade e mostraram-se capazes de mobilizar a iniciativa do próprio entrevistado pela procura ao CTA:

“Eu fiquei com a consciência pesada por causa dessas relações que eu tive sem preservativo. Não foi só uma não, foram várias.” (Nonato, 29 anos)

A percepção da vulnerabilidade foi também despertada devido a rumores de soropositividade do parceiro ou diante da obtenção de primeiro resultado positivo para o HIV e que necessita de confirmação diagnóstica, por meio de uma segunda coleta de sangue, denominada segunda amostra ou exame confirmatório:

“Eu não tava nem pensando nisso (...) Eu fui convidado: ‘Minha avó está no CTI precisando de sangue, você não quer doar, não?’ ‘Claro.’ Aí fui. (...) Com o meu namorado foi a relação inteira sem camisinha (...) Aí tá o equívoco que ficou bem claro. Às vezes, você acha que leva uma vida fora de risco e a gente tá no risco o tempo todo.” (Otávio, 35 anos)

O estudo também revelou que, no imaginário dos entrevistados, a possibilidade de um diagnóstico positivo para o HIV, principal motivo pela procura ao CTA,

foi considerada remota, diante da justificativa de não pertencerem ao “grupo de risco”. Ainda hoje, após 30 anos do surgimento da Aids, permanece o discurso de grupos de risco, comumente associado aos profissionais do sexo, às pessoas com multiplicidade de parceiros sexuais, aos usuários de drogas e às pessoas doentes que necessitam de transfusões de sangue. Ter parceiros “confiáveis” ou considerados estáveis, mesmo que por um curto período de relacionamento, foram argumentos apresentados para o não pertencimento a esse grupo:

“Eu já tive uns cinco namorados depois que eu separei. E eu sempre tive relação sem camisinha. (...) Com todos eu tinha namorado um tempo. E são pessoas (...) de nível social alto, (...) não era ninguém muito promíscuo. Eram pessoas (...) confiáveis, de boa procedência.” (Desirré, 42 anos)

Esses resultados vão ao encontro de outros estudos, em que as pessoas com parceria fixa ou estável não se percebem vulneráveis e, portanto, não vêem a necessidade tanto do uso do preservativo quanto da realização do teste anti-HIV. Quando chegam a realizá-lo, consideram pouco provável a obtenção de um resultado positivo por se reconhecerem como pertencentes a um grupo de “baixo risco”.^{5,6} No entanto, segundo Szwarcwald et al,¹⁸ “a epidemia brasileira parece atravessar hoje uma ‘segunda’ etapa, através de sua expansão para amplo conjunto de pessoas com padrões comportamentais ditos de ‘baixo risco’, segundo os indicadores tradicionais de avaliação de vulnerabilidade individual”.

Na fala dos entrevistados, a falta de conhecimento do serviço, a dificuldade de se perceber vulnerável, as justificativas de não-pertencimento aos “grupos de risco”, o receio do constrangimento e de um atendimento precário sugeriram como importantes limitações de acesso a essa modalidade de assistência.

No que se referem às expectativas dos usuários, aspectos negativos foram associados ao preconceito quanto a um atendimento ruim, ligado a um histórico de precariedade da assistência prestada pelo SUS. Foram feitas alusões a grandes filas, burocracia, demora, falta de atenção e de espaço para perguntas. Um desinteresse diante da proposta de atendimento com enfoque no aspecto educativo-preventivo pôde ser percebido nas falas, que consideraram apenas a importância do resultado do exame propriamente dito.

Os entrevistados também manifestaram o receio de serem estigmatizados, maltratados ou expostos em sua intimidade. O fato de o CTA estar localizado em um posto de atendimento médico (PAM), que atende a várias clínicas e não especificamente à Aids, foi apontado como fundamental para a escolha do serviço:

“Porque quem mora no interior. Chega lá, eu conheço a enfermeira. Então, não tem jeito. Aí, seria fazer aqui.”

E também é um local que quase ninguém sabe. (...) Fica mais seguro [riso].” (Adelaide, 23 anos)

Dentre as expectativas positivas quanto ao atendimento, referiram-se à confiança em uma boa assistência, com base nas informações de pessoas atendidas anteriormente e no prestígio do programa brasileiro de combate à Aids. A espera por informação, por um atendimento seguro e responsável quanto à precisão do diagnóstico, além de profissionais preparados para auxiliá-los no caso de “sair algo errado”, referindo-se a um resultado positivo, foram fatores igualmente explicitados.

Se por um lado havia expectativas de um atendimento precário, por outro, ele foi considerado uma oportunidade de desabafo, devido aos sentimentos de culpa, arrependimento, vergonha de se expor para os amigos ou familiares e ser censurado:

“Que me desse apoio porque num tem ninguém que eu possa desabafar, sabe? (...) Amiga, eu já tentei, mas assim, vai me condenar, entendeu? Então, eu espero um apoio psicológico porque eu estou muito abalada.” (Ana, 18 anos)

A necessidade de desabafo e amparo pode ser interpretada, segundo concepção de Foucault,⁹ como o efeito da confissão. A confissão é um ritual de discurso em que o ato de falar produz um sentimento de purificação, de consolo e de perdão para suas falhas. Além disso, o autor considera que o discurso da verdade, no exame de si mesmo, passou a ser imposto às pessoas, a partir de tantos pontos diferentes, que já foi incorporado pelos sujeitos não como um efeito de um poder que coage, mas como algo que o libera e “lhe promete a salvação”, como observado nessa fala:

“É uma exposição contextualizada pra um determinado fim. Eles num tão aqui pra bisbilhotar minha vida, fazer fofoca. O intuito é me conduzir a um tratamento; então, quem não tiver essa clareza, realmente está jogando contra si. Eu acho inevitável ter que se expor assim.” (Otávio, 42 anos)

Na visão foucaultiana, a instância que escuta não ocupa simplesmente o lugar de juiz que condena ou isenta. Sua função é também hermenêutica, pois seu poder é validado cientificamente quando se utiliza da revelação, para decifrá-la e constituí-la num discurso de verdade que só é completado naquele que a recolhe e que pode intervir de forma terapêutica: “A verdade cura quando dita a tempo, quando dita a quem é devido e por quem é, ao mesmo tempo, seu detentor e responsável”.⁹

Nesse mesmo caminho, a demanda dos entrevistados por orientação e conscientização para uma mudança diante do risco da infecção pelo HIV foi marcada por um posicionamento passivo e pouco reflexivo diante do aconselhamento, principalmente no que se refere à capacidade de atuar como agente na constituição

de uma prática de prevenção à infecção. Um poder de mudança foi facultado ao medo decorrente da experiência do atendimento, ao caráter normativo de condutas preventivas ou exclusivamente relacionado à oportunidade de obtenção de informações sobre os aspectos clínico-epidemiológicos da infecção:

“Isso que eu gostaria nessas palestras, que chocasse, assustasse mesmo, pra pessoa ficar com medo daquilo. Para a pessoa poder seguir as regras mesmo. Tem que fazer.” (Juan, 47 anos)

Sob essas condições, o usuário parece conferir ao profissional aconselhador certo status, devido ao lugar institucional e técnico do qual este fala, situando-o “como o sujeito que percebe, observa, descreve e ensina”.⁹ O aconselhamento, nesse caso, poderia ser caracterizado como um recurso de potencial controle, que combina as técnicas da hierarquia com a sanção que normaliza.^{4,10,16} Desse modo, pode ser visto como uma estratégia de poder disciplinar,¹⁴ “na medida em que é regido por diretrizes e procedimentos básicos, estabelecidos pelo Programa Nacional de DST/Aids, e que interpela os sujeitos em vários momentos, com o uso de mecanismos reguladores e corretivos”.¹⁶

De forma divergente da demanda restrita, com posicionamento passivo diante do aconselhamento, os entrevistados também revelaram posturas mais participativas e reflexivas em relação ao atendimento. Um exemplo foi a demanda por orientação e esclarecimento para posterior definição de estratégias viáveis, segundo as crenças e condições de vida do participante:

“Porque eu acho que num é uma atitude satisfatória ter que ficar usando preservativo. Se eu encontrasse uma pessoa, ia falar, não vão fazer todos os testes pra vê se gente tá imune? Eu acho que tem condição de um relacionamento saudável, sadio, com respeito um ao outro.” (Jordano, 44 anos)

Na visão de Fairclough,⁴ o aconselhamento, como tecnologia do discurso da modernidade bastante aplicada na área do ensino, da saúde e da publicidade, faz parte de uma mudança na ordem do discurso contemporâneo, que, de forma ambígua, apresenta uma tendência democrático-emancipatória e disciplinar-reguladora. O aconselhamento surge como um recurso de potencial controle, na medida em que permite trazer, sutil ou explicitamente, aspectos da vida particular das pessoas para o domínio do poder.⁴ No aspecto democratizante, ele se configura como um modo de conversar com as pessoas sobre elas mesmas e sobre seus problemas, mostrando empatia em relação a seus relatos. Existe, pois, um distanciamento da afirmação de autoridade e competência explícita, saindo da formalidade em direção à informalidade.⁴

Diante desse aspecto, denominado por Fairclough⁴ de conversacional, a oportunidade de diálogo e a troca de

informações parecem direcionadas a uma visão mais ampliada sobre as condições de vulnerabilidade ao HIV/Aids. Nesse contexto, o discurso do usuário vai ao encontro de um formato mais inclusivo e dialógico do aconselhamento. Nele, observa-se o enfraquecimento de um controle, objetivando um “eu” mais autônomo e automotivado, a quem se atribui a capacidade e a vontade de escolha.⁴

A ambigüidade apontada por Fairclough⁴ na prática do aconselhamento foi igualmente identificada nas demandas e expectativas dos entrevistados. Esse aspecto remete à idéia de ator plural,¹² ou seja, à manifestação de uma pluralidade de esquemas de ação (ou de hábitos) em um mesmo sujeito, conforme ilustrado no relato a seguir:

“No momento, o que eu tô passando, acho que seria melhor fazer o exame do que ficar escutando palestra, conversando. Toda hora eu fico lembrando daquele erro que eu cometi, sabe? (...) Mas agora eu tô achando muito bom. Relaxa. Conversar é bom. Eu tô precisando saber mesmo de mim, entende? Para mim futuramente me cuidar mais. (...) Eu quero que o serviço me acolha, se der positivo.” (Ana, 18 anos)

Sob essa perspectiva, o percurso do ator depende das sanções – positivas e negativas –, indicando limites freqüentemente imprecisos.¹⁸ Nesse âmbito, o discurso institucional do aconselhamento pode estar relacionado a uma ambigüidade típica de uma sociedade fragmentada e, portanto, complexa, no sentido da sua não-homogeneidade ou contradição. Como prática discursiva contemporânea, ele reflete ou representa entidades e relações sociais, posicionando as pessoas de diversas maneiras como sujeitos sociais, sob um

discurso de orientações contraditórias para a dominação e a emancipação.⁴

CONCLUSÕES

Foi identificado um paradoxo no discurso do usuário entre o aspecto participativo na superação da vulnerabilidade e a busca de soluções pragmáticas de exclusão do risco. Existe uma lógica circular que torna o aconselhamento uma prática condicionada à forma da interação, da interpretação do indivíduo, circunscrita numa co-relação de forças. Determinada estratégia pode ser aceita, rejeitada ou modificada pelo sujeito.

O trabalho de aconselhamento em um CTA consiste em auxiliar na (re)construção do “saber fazer” do outro com vistas ao estabelecimento de uma autonomia em relação à prevenção ao HIV/Aids, utilizando modelos que façam mais sentido à perspectiva do usuário. Nesse contexto, as demandas apontadas pelos entrevistados indicam a necessidade de estratégias que compreendam melhoria da qualidade da informação, maior acesso ao serviço e aos discursos de prevenção e promoção da saúde.

AGRADECIMENTO

À Claudia Natividade, do Instituto Mineiro de Saúde Mental e Social (Albam) de Belo Horizonte e ao professor Renarde Freire Nobre, do Departamento de Sociologia e Antropologia da UFMG, pela contruibuição teórica. Ao aluno Reginaldo Rodrigues dos Santos, graduando em enfermagem da UFMG, pela cooperação na pesquisa de campo.

REFERÊNCIAS

1. Araújo CLF. A prática de aconselhamento em DST/AIDS e a integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA, orgs. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS/Abrasco; 2003. p.145-68.
2. Attride-Stirling J. Thematic networks: an analytic tool for qualitative research. *Qual Res*. 2001;1(3):385-405. DOI: 10.1177/146879410100100307
3. Cappi DRS, Jesus JG, Nichiata LYI, Takahashi RF. Atuação de estudantes de enfermagem em um Centro de Orientação e Aconselhamento (COAS) para HIV: relato de experiência. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2001;9(1):66-72. DOI:10.1590/S0104-11692001000100010
4. Fairclough N. *Discurso e mudança social*. Brasília: Editora UnB; 2001.
5. Fernandes AMS, Antonio DG, Bahamondes LG, Cupertino CV. Conhecimento, atitudes e práticas de mulheres brasileiras atendidas pela rede básica de saúde com relação às doenças de transmissão sexual. *Cad Saude Publica*. 2000;16 Supl 1:103-12. DOI:10.1590/S0102-311X2000000700009
6. Fernandes JCL. Práticas educativas para a prevenção do HIV/AIDS: aspectos conceituais. *Cad Saude Publica*. 2005;10(2):171-80. DOI:10.1590/S0102-311X1994000200004
7. Ferreira MPS, Silva CMFP, Gomes MCF, Silva SMB. Testagem sorológica para HIV e a importância dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA): resultados de uma pesquisa no município do Rio de Janeiro. *Cienc Saude Coletiva*. 2001;6(2):481-90. DOI:10.1590/S1413-81232001000200017
8. Filgueiras SL, Deslandes SF. Avaliação das ações de aconselhamento. Análise de uma perspectiva de prevenção centrada na pessoa. *Cad Saude Publica*. 1999;15 Supl 2:121-31. DOI:10.1590/S0102-311X1999000600012
9. Foucault M. *A história da sexualidade I: a vontade de saber*. 16. ed. Rio de Janeiro: Graal; 2005.
10. Foucault M. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. 31. ed. Petrópolis: Vozes; 2006.
11. Goldani MZ, Giugliani ERJ, Scanlon T, Rosa H, Castilhos K, Feldens L, et al. Aconselhamento e testagem voluntária para o HIV durante a assistência pré-natal. *Rev Saude Publica*. 2003;37(5):552-8. DOI:10.1590/S0034-89102003000500002
12. Lahire B. *Homem plural: os determinantes da ação*. Petrópolis: Vozes; 2002.
13. Minayo MCS, Souza ER, Assis SG, Cruz Neto O, Deslandes SF, Silva CMFP. Avaliação dos Centros de Orientação e Apoio Sorológico/CTA/COAS da região nordeste do Brasil. *Cad Saude Publica*. 1999;15(2):355-67. DOI:10.1590/S0102-311X1999000200020
14. Miranda KCL, Barroso MGT. Aconselhamento em HIV/AIDS: análise à luz de Paulo Freire. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2007;15(1):100-5. DOI: 10.1590/S0104-11692007000100015
15. Reis CT, Czeresnia D, Barcellos C, Tassinari WS. A interiorização da epidemia de HIV/AIDS e o fluxo intermunicipal de internação hospitalar na Zona da Mata, Minas Gerais, Brasil: uma análise espacial. *Cad Saude Publica*. 2008;24(6):1219-28. DOI:10.1590/S0102-311X2008000600003
16. Souza V, Czeresnia D. Considerações sobre os discursos do aconselhamento nos centros de testagem anti-HIV. *Interface (Botucatu)*. 2007;11(23):531-48. DOI: 10.1590/S1414-32832007000300010
17. Souza V, Czeresnia D, Natividade C. Aconselhamento na prevenção do HIV: olhar dos usuários de um centro de testagem. *Cad Saude Publica*. 2008;24(7):1536-44. DOI:10.1590/S0102-311X2008000700008
18. Szwarcwald CL, Bastos FI, Esteves MA, Andrade CLT. A disseminação da epidemia da AIDS no Brasil, no período de 1987-1996: uma análise espacial. *Cad Saude Publica*. 2000;16 Supl 1:7-19. DOI:10.1590/S0102-311X2000000700002

Artigo baseado na tese de doutorado de Souza VS, apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, em 2005.

Os autores declaram não haver conflito de interesses.